

Digitale Radiographie Knochen/Gelenke

(Schädel, Ellenbogengel., Hüftgel., Hände, Füße, Schüller, Stenvers, etc.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zu einer Röntgenuntersuchung angemeldet. Vorab möchten wir Sie bitten, nachstehende Fragen zu beantworten bzw. die vorgegebenen Antworten zu markieren ().

Der Untersuchungsbefund wird der/dem überweisenden Ärztin/Arzt zugestellt.

Beschwerden seit **wann?** _____ Welche Seite: rechts links

Wo: _____

Unfall: nein ja, wann? _____

Schmerz-Ausstrahlung: nein ja, wohin? _____

Schmerzcharakter: dumpf schneidend brennend _____

Fieber: nein ja, wie lange schon? _____

Bewegungseinschränkung: nein ja Lähmung: nein ja

Bisherige Behandlung Tabletten Spritzen Krankengymnastik

Operation: nein ja, wann? _____

Sonstiges: _____

Für Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft?** ja nein

1 .Tag der letzten Regel: _____

(Platz für weitere Anmerkungen)

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie andere Leistungserbringer.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

Datum, Unterschrift



Drewes+Partner

Röntgen-Nuclear-Institut
Medizinisches Versorgungszentrum

Möserstraße 50
49074 Osnabrück

Telefon: 0541-600100
Telefax: 0541-6001010
www.drewes-partner.de
info@drewes-partner.de